

# Move@RevArte

## Aanmeldformulier

*(In te vullen door de huisarts)*

Datum:

Naam en Voornaam patiënt:

Geboortedatum:

Adres:

Telefoonnr.:

Contactpersoon:

Telefoonnr.:

Naam Huisarts:

Telefoonnr huisarts:

Omcirkel medische diagnose:

CVA/NAH\* - Dwarslaesie - Amputatie - Polytrauma

Datum medische aandoening:

Relevante medische voorgeschiedenis of opmerkingen:

Ondergetekende arts verklaart hierbij dat .....

- De patiënt medisch gezien in staat is om deel te nemen aan een sport-en bewegingsactiviteit.
- De patiënt zelfstandig zijn transfers kan uitvoeren.
- De patiënt voldoende cognitief begrip toont om een vooropgesteld beweegprogramma uit te voeren.

Specifieke Doelstelling voor de patiënt:

Handtekening Huisarts

***Gelieve dit document te laten invullen door uw huisarts en daarna te overhandigen aan de sport-en bewegingstherapeut te RevArte.***

***Om een afspraak te maken voor uw start-datum, bel het nr. 03/210.60.60 dagelijks tussen 15.30u en 16.30u en vraag naar de sport- en bewegingstherapeut.***

- Niet Aangeboren Hersenletsel (oa CVA, Traumatisch Hersenletsel, ...)

OP DEZE GEGEVENS IS DE WET VAN 8/12/1992 TOT BESCHERMING VAN DE PERSOONLIJKE LEVENSSFEER TEN OPZICHTE VAN DE VERWERKING VAN PERSOONSgegevens VAN TOEPASSING.

Revalidatieziekenhuis RevArte Maatschappij van Kristelijke Liefdadigheid v.z.w. R.I.Z.I.V. 7/10/236/95 Drie Eikenstraat 659, 2650 Edegem Tel. 03/210.60.60 e-mail [revarte@revarte.be](mailto:revarte@revarte.be)